

### **Takotsubo medioventricular com DAC concomitante**

MONIQUE ESTEVES CARDOSO, MARCIO ALOYSIO FREITAS SIQUEIRA JUNIOR, MAURICIO ASSED ESTEFAN GOMES, ANDRÉ WEKSLER, RAFAEL LAURIA DE OLIVEIRA, GUILHERME LAVALL, LUIZ ANTONIO FERREIRA CARVALHO e ALEXANDRE ROUGE FELIPE

DASA- HOSPITAL SÃO LUCAS COPACABANA , RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL.

Paciente de 80 anos portador de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e neoplasia de próstata internado por infecção urinária associada à uropatia obstrutiva evoluindo com choque e necessidade de noradrenalina. Ecocardiograma da admissão evidenciando disfunção moderada de ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 39% (simpson), acinesia do ápex, das paredes inferior (apical), anterior (médio-apical), septo (apical), septo-anterior (médio) e antero-lateral (médio-apical), Septo-anterior (basal) hipocinético e demais segmentos normocontráteis. Apresentava ainda elevação de troponina (614 – 701, sendo o limite superior de normalidade 14 na instituição). Optado pela realização de coronariografia, sendo a mesma postergada devido à melhora clínica com antibioticoterapia e intervenção urológica e presença de hematúria. Após 7 dias de internação o paciente foi submetido à coronariografia, sendo evidenciado lesão de 70% em 1/3 médio de DA, 50% em primeira diagonal, 90% proximal em segunda diagonal e 90% em terceira diagonal de fino calibre. Artérias Circunflexa e coronária direita apresentavam obstrução de 50%. A ventriculografia evidenciou acinesia de segmentos médio das paredes anterior e inferior, com hipercontratibilidade basal e apical, sugestiva de cardiopatia adrenérgica. Optado por não realizar intervenção coronariana, sendo iniciado betabloqueador após suspensão de noradrenalina. Ecocardiograma realizado 10 dias após a internação evidenciou normalização da função ventricular. O paciente apresentou boa evolução clínica recebendo alta hospitalar.

A síndrome de Takotsubo é caracterizada por uma disfunção ventricular temporária apresentando-se de várias formas, entre elas a médioventricular. A presença de doença coronariana significativa não exclui o diagnóstico, sendo que as alterações encontradas geralmente se estendem além de uma distribuição vascular epicárdica única, como aconteceu no caso apresentado. Pode ser desencadeada por estresse físico ou emocional, manifestada por dor torácica, insuficiência cardíaca, edema pulmonar e choque cardiogênico, sendo encontrado também alterações eletrocardiográficas e elevação moderada de enzimas cardíacas. A coronariografia com ventriculografia é o padrão ouro para confirmar ou excluir a síndrome.